

武蔵野大学学術機関リポジトリ Musashino University Academic Institutional Repository

安楽死と尊厳死：日本とオランダの比較考察

著者	瀬尾 幸子
雑誌名	人間学研究論集
号	7
ページ	81-93
発行年	2018-03-01
URL	http://id.nii.ac.jp/1419/00000762/

安楽死と尊厳死

— 日本とオランダの比較考察 —

瀬 尾 幸 子

I. はじめに

「安らかに逝きたい」、人が死を迎える時、このように思う人は多いのではないだろうか。医療の進歩で平均寿命が伸び、なかなか死ねない時代になった。「よき死」とは何か。人間には生まれながらにして尊厳がある。苦しまずに死にたいという「よき死」への願いは切実である。

近代医学は、「ヒポクラテスの誓い」に忠実に従い、患者が生きている限り最期まで治療を施すという考え方に従ってきた。「ヒポクラテスの誓い」とは、「私は能力と判断の限り患者に利益するとおもう養生法をとり悪くて有害と知る方法を決してとらない。頼まれても死に導くような薬を与えない」としており、つまり、頼まれても死に導くようなことをしない、要するに生命というものが第一で、生命尊重を重視している¹。

そして、日本の大学医学教育は、一貫して患者の生命をできるだけ長く伸ばすというのが最大の眼目になっている。どのような状態になっても、医師として最善の努力を続けることが要求されている。たとえ激痛に苦しんでいるにしても、死を介助するという行為は容認できないというのが共通の理解になっており、「ヒポクラテスの誓い」が強調されている²。

しかし、この延命措置により「生」が保障されるだけという状態が現実には多い。この方法を行うことで、人工呼吸器や高カロリー輸液等使用による診療報酬の保険点数が加算され、家族に多大な医療費が請求されている。家族という形の結束が希薄する中、家族の経済的負担を考えると回復の見込みがないと診断された時、このまま延命措置を続けることはどうなのだろうか。人生の完結である死は、人間としての尊厳を保って迎えられ、患者とその家族にとって悔いのないものにすることは重要なことである。

日本では、尊厳死は社会的に認知されているが、安楽死は認められていない。それは、刑法199条が殺人を処罰対象とすることに加え、202条では被殺者の同意による殺害を、また、それ自体処罰されない自殺を教唆し、幫助することも処罰対象としており、このような法規制の下では、本人の意思にかかわらず、犯罪を構成する可能性がある³。しかし、海外では、安楽死・尊厳死を認める国・州等がある。最近では、米国女性で悪性脳腫瘍のため、これから痛みや苦しみを迎える死ではなく、家族に見守られながら眠りにつきたいと安楽死が合法化されている州に移転し、自分の最期を自分で選択した事例がある。特にオランダは、世界で初めて安楽死を合法化した国である。それは、医師による積極的安楽死を認めるために裁判および立法により徹底してオープンな議論を展開し、2001年4月、オランダの国会は、「要請に基づく生命終結および自殺

幫助（審査手続）法」（以下「安楽死等審査法」）を可決（施行は2002年4月）した⁴。そのため、安楽死においても肉体的苦痛だけでなく精神的苦痛を理由とした安楽死、終末期でなくても「安楽死」する権利が認められている⁵。

そこで、本稿は、安楽死が合法化されているオランダと認められていない本邦とを比較し、安楽死・尊厳死の概念、死生観・終末期医療に対する認識、医療文化の相違から考察する。

Ⅱ．安楽死と尊厳死をめぐる

Ⅱ-1．安楽死の定義

安楽死とは、人が死を迎えるにあたって、苦痛を緩和し取り除くために、苦痛を訴える末期患者の求めに応じて、医師その他の他人が注射などの積極的な方法を用いて、患者を死に至らしめることである⁶。そして、患者の範囲の点からでは、意識があり、耐え難い苦痛にさいなまれている死期の迫った末期患者について、死をもたらしることによりその苦痛からのがれさせようとするもので、積極的に薬物などにより患者の死をもたらしことが念頭におかれる⁷。安楽死を定義すれば、「人為的な生命短縮行為」であり、“殺人”である。ただし、「安楽死は殺人である」とはいつでも、必ずしも“悪”を意味しない⁷。それは、肉体的激痛を除去するための切迫した状況下での生命短縮の行為だからである。

Ⅱ-2．安楽死の分類

安楽死は、刑法学において、殺人罪や嘱託・承諾殺人罪並びに自殺関与罪の構成要件に該当する恐れのある行為であるため、その適正法が問題とされており、その状況に応じて4つに分類されている⁸。

- ① 純粹安楽死（自殺関与型安楽死）：肉体的苦痛の緩和のために、生命短縮を伴わない行為を行う場合である⁸。これは、自殺を幫助する形をとるもので、末期患者が死を望んでいる時に、その求めに応じて医師が致死量の薬剤を処方して患者に渡し、患者自身がこれを服用することである。この場合、刑法では、自殺関与罪（刑法202条）との関わりが出てくる⁹。
- ② 間接的安楽死（治療型安楽死）：肉体的苦痛の緩和を目的とした処置を行うことによって、直接的に意図していない副次的結果として生命短縮をもたらし場合である⁸。これは、患者の痛みを和らげるためにモルヒネなどの薬物を投与するもので、鎮痛のために次第に増量しなければならず、やがて、最後の一服という段階で致死量に達し、患者の死を招くことである⁹。
- ③ 消極的安楽死（尊厳死型安楽死）：死苦や病苦を長引かせないために、積極的な延命治療を行わない不作為によって、死期を早まらせる場合である⁸。これは、末期状態にあって苦しむ患者に延命治療を続けてもその回復の見込みがなく、むしろ苦痛を引き伸ばすだけの効果しかない場合に、患者がその治療を拒否するならば、それ以上の延命措置を行わないことである⁹。
- ④ 積極的安楽死（慈悲殺型安楽死）：肉体的苦痛を除去する目的で、作為による直接的な生

命短縮が行われる場合である⁸。これは、本人があまりにも苦しみ、近親者が見るに見かね死なせることによって、一刻も早く楽にしてあげたいという願いからその生命を断つことである。自ら手を下した近親者や医師は、刑法の殺人罪（刑法 199 条、211 条）に処せられる。また、医師に依頼した近親者は、殺人罪の共犯、殺人罪の教唆となり、本人が苦しいから早く死なせて欲しいと叫ぶなどしてその死を求める場合、殺人罪よりは刑は軽い、同意殺人罪（刑法 202 条）の処罰に処せられる⁹。

安楽死には複数の意味合いが内包されていることから分類法にも複数ある。安楽死はこれらの定義に基づくが、単に“安楽死”と表すときは主として積極的安楽死を指す⁷。

Ⅱ-3. 尊厳死の定義

尊厳死とは、本人の自発的意思で延命治療を中止し、人工呼吸器等の医療機器を用いた医療処置によらない自然な状態で、寿命がきたら自分らしく迎えられれることのできる死（自然死）である⁶。患者の範囲の点からは、意識を喪失して必ずしも激しい苦痛を感じないが、惨めな状態でベッドに横たわっている末期患者のほか、必ずしも末期とは言い得ない植物状態の患者をもその範囲の中に含め、患者に意味のない延命治療をしないという消極的な方法をとることである⁹。つまり、尊厳死は、患者に意識や判断能力がなく、本人の真意や肉体的苦痛の存否の確認が困難な点、死期が切迫しているとは限らない点で、安楽死とは異なっていると考えられている⁸。

消極的安楽死（尊厳死型安楽死）は、尊厳死と同じと考える議論がある。両者は、治療拒否という行為様態が共通するものであるが、[谷田憲俊 2013] は、消極的安楽死（尊厳死型安楽死）という治療拒否は、患者は死にたがっているのではなく、末期状態にあって意味のない措置を望まないだけで、その決定の結果として死があるかもしれないが、得体のしれない措置を受けるよりも自然に任せたい（死を受け入れたい）と思っていることである、と述べている。それは、本来ならば死ぬはずの患者から延命装置を外して、患者が自然に死ぬのに任せた行為である¹⁰。これは、患者が肉体的苦痛からの除去のために求めた治療拒否であるが、尊厳死の場合は、人としての尊厳の回復のために治療拒否を求めているのであり、両者は同じではなく分岐している。

Ⅲ. 日本の安楽死と尊厳死

Ⅲ-1. 安楽死と尊厳死の歴史

① 山内事件 1961 年

愛知県で 20 代の長男が寝たきりの父親（52 歳）に農薬を飲ませて死なせた。この父親は以前脳溢血で倒れ、一時小康状態となったが、その後再発し、自宅で 5 年間寝たきりであった。手足は屈曲し、少しでも動くときと激痛に見舞われ、時々発作にも苦しんだ。長男は、高校卒業後、農家を継ぎ母親と共に父親の介護をしていたが、布団の上で「早く死なせてくれ」と悶絶する父親を見ているうちにいたたまれない気持ちになった。「死なせてあげることが最期の親孝行」と思い、ある早朝、配達された牛乳瓶に使い残しの有機リン系殺虫剤を混入した。母親は何も知らずに父親に牛乳を飲ませたため、父親は間もなく有機リン中毒で死亡した¹⁰。

② 東海大学付属病院事件 1991 年

神奈川県東海大学医学部付属病院で、多発性骨髄腫の治療のため入院していた患者の治療にあたった被告人（医師）が当該患者に対して、治療中止、苦痛緩和措置、心拍を停止させる塩化カリウムを静脈注射し死なせた³。事件当時、患者は昏睡状態にあり、介護していた妻や長男は、「もうやるだけのことはやった。苦しむ姿を見てられない」といい、点滴やカテーテルを抜いて死なせるように医師に迫った。当該医師は最初拒否していたが、家族の要請を断り切れずカテーテルを抜いた。その後、患者はいびきをかくような大きな呼吸をしはじめ、苦しむような様子を見せたため、動揺した長男は、「楽にしてやってください」と厳しい口調で医師に迫り、追い詰められたような心理状態になった医師は、長男の目の前で塩化カリウムを注射し、心停止させた¹⁰。

③ 川崎協同病院事件 1998年

神奈川県の川崎協同病院で、気管支喘息の重積発作を起こして病院に運ばれたが意識は戻らず、人工呼吸器を装着されたまま集中治療室で治療を受けていた患者に対して治療を中止した。当該患者の治療にあたった医師は、患者の家族の同意を得て、気道確保のための気管内チューブを抜管し、これによって苦悶様呼吸をはじめた患者に対し、鎮静剤のセルシンやドルミカムの静脈注射をしたがこれを鎮めることができなかったため、筋弛緩剤ミオブロックを静脈注射し、これにより患者の呼吸、心臓が停止した³。

④ 射水市民病院事件 2005年

富山県の射水市民病院で、外科部長（当時）が末期の患者から人工呼吸器を取り外そうとしたことが病院内で問題となった。これをきっかけとした調査の結果、2000年から2005年までの間に、当該外科部長が7人の末期患者の呼吸器を取り外して死亡させていたことが判明し、倫理的・道義的に問題のある行為として警察に通報された。この事実が、翌2006年3月に新聞で報道され、それを受けて病院側が記者会見を実施し、事実をあらためて公表した¹⁰。

Ⅲ-2. 安楽死と尊厳死の現状

死を目の前にして、苦痛に苛まれている者の苦痛を緩和し、苦痛から解放することは、その者を「救う」意味を持ちながら、他方では生命を短縮する意味を持つ。多くの国において、法は生命を絶対的な保護対象として、本人の承諾、さらに嘱託に基づいたとしても生命を短縮することは違法とされ、本邦においても、刑法199条、202条によって、処罰対象としている³。

患者の救命が医療の根本原則であることはいままでもないが、時には、この原則から離れて、患者に安らかに死を迎えさせることも医療行為として認められるべきではないか。今日、本当に正しいかどうか疑問となるケースや、苦痛を徒に長引かせているだけではないかと懸念されるケースが以前よりも多く見かけるようになっていく¹⁰。

実際の医療現場で、延命措置である人工透析を受けている患者が、癌の末期状態になり、疾患に関しては、家族とのインフォームド・コンセント（IC）で、DNR（Do Not Resuscitate＝蘇生処置拒否）の確認をとっていたが、患者は透析が苦痛で嫌だと涙しながらに訴えていても、血圧低値による透析困難に陥り死亡に至るまで透析治療のみ施行していた事例がある。DNRとは、末期の疾患や進行性病変で死の訪れが確実な患者が心肺停止になった時、蘇生処置（気管挿管や薬剤を使用し、心肺停止の人に心臓マッサージや人工呼吸を行い、状況に応じて電気ショックを

使用する）を行っても、回復の見込みが薄い場合、自然な死亡を優先させる旨をあらかじめ取り決めておくことである。蘇生処置は行わないにしても、人工透析をやめることは延命を中止することであり、患者を死に至らしめ、法を犯すことになり中止できない。

生命維持装置のない時代ならば、自然に息を引き取っただろう生命が、テクノロジーで生き永らえされている。救命は必要だが、死期を延ばすだけの延命は無意味であるばかりだけではなく、患者の尊厳を奪った状態を長期化するばかりである¹¹。さらに、患者の尊厳のために DNR の指示が出されたにもかかわらず、患者の尊厳が保てなくなるばかりでなく、人的面から、また、経済的面からも無益な治療が続けられている¹²。

そして、医療費は莫大であり、請求額が家族の負担になっている。家族形態が核家族化し、家族という結束が希薄してきている中、医療費の支払いはかなり厳しい状況である。医療費の請求となる診療報酬の点数では、一般病棟入院基本料が看護配置、看護師比率によって異なるが、入院期間に応じて加算される点数や ICU・CCU の利用では特定集中治療室管理料の点数がある。さらに、検査や薬剤料なども加算され、治療が長引くほど家族にはかなりの経済的負担となる。

本邦には、安楽死・尊厳死、あるいは終末期医療を対象にした法律が 1 本もない。したがって、終末期で治癒の可能性の全くない場合でも、患者の命を縮める方向に行う措置を行わず、時間だけ延ばされている場合が多い。DNR を話し合う時、患者が DNR のみを望んでいるのか、包括的に DNR を望んでいるのか、話し合っておくことが重要である。

Ⅲ- 3. 安楽死と尊厳死の問題点

Ⅲ- 3.1. 人工延命措置の差控え・中止

人工延命措置の差控え・中止（いわゆる「尊厳死」）をめぐる臨床倫理と法に関する問題は極めて重要な問題である。1995 年 3 月東海大学安楽死事件の判決理由中に治療の中止および差控えについても触れ、意味のない治療を打ち切って人間としての尊厳性を保って自然な死を迎えたいという「患者の自己決定権の理論」と、意味のない延命治療までを行うことはもはや義務ではないという「医師の治療義務の限界」を根拠にして治療行為の中止が許容されるための要件が提示されている¹³。

本邦では、最初から延命治療を差控えることには寛大であるが、延命治療を開始したら途中で中止することは犯罪になる可能性があるため中止できない。その結果、救命可能な患者の延命治療がなされないケースがしばしばある¹⁴。それは、“救命の可能性があるかもしれない”と考えて装着した生命維持装置や“救命するためには行ったほうが良い”と考えた医療は“治療のため”ではなく“単なる延命措置”となり、一度開始してしまうとだれにも止められないまま延命措置が続いてしまう¹⁵。実際の医療現場では、人工呼吸器を外すような治療の中止が直ちに患者の死を意味する場合、治療中断は法的に殺人罪に問われかねず、生命維持治療を中断できない。すなわち、いったん挿管・人工呼吸管理を導入すると、患者が回復しないかぎり取り外しが難しいことから過剰な医療措置となりやすい¹⁶。

Ⅲ- 3.2. 生命倫理問題

もともと人間には、できるだけ苦痛から遠ざかり安静に生きていこうとする本能を持っており、

その意味で安楽死・尊厳死は人間本性の一つの現れである¹⁷。そして、積極的安楽死が容認される背景に「死ぬ権利」という概念がある。自分の命は自分のものという自律や自己決定の考え方からの権利主張になる⁷。実際に「死ぬ権利」を主張して安楽死を求める人々が存在する。「いのちを尊重する」のは現代社会の存立基盤であり、自分の命といえども例外ではない。したがって、「死ぬ権利」の制限あるいは自死の抑止に取り組むことは社会として正当性がある⁷。実践においても「死ぬ権利」と「現在容認されている安楽死法」の間には決定的な違いが存在し、現行の安楽死法に「死なせる義務」はないため、医師と病院に安楽死を断ることが認められている⁷。

Ⅲ-3.3 すべり坂論法 (slippery slope theory)

安楽死が選択肢の一つと認定されれば、インフォームド・コンセント (IC) の中の一つに入れなければならない、時には、末期患者や苦痛にある患者が安楽死を要請しないことを正当化しなければならない⁷。臨床的に、苦痛をどうとらえるかで安楽死要件の拡大につながる懸念があり、家族から医師へ安楽死遂行の圧力が増し、医療費削減への圧力が安楽死への圧力を増すことに繋がる可能性がある。それらの圧力によって、「一度歯止めを外すと際限なく拡大する」という“すべり坂論法”通りに、徐々に安楽死への基準が緩くなることが懸念される⁷。つまり、まだはっきりとした意識をもって生き続けることを望んでいる患者の生命をも縮めることになりかねない。

Ⅲ-4 安楽死と尊厳死への取り組み

Ⅲ-4.1. 事前指示書 (advance directive) とリビング・ウィル

1976年に日本尊厳死協会（当初は安楽死協会）が設立され、尊厳ある生と死を実現するために、自分で自分の最期を決めるリビング・ウィル（尊厳死の宣言書）を発行し、その普及に取り組んでいる¹⁸。このリビング・ウィルは、元気なうちに「不治かつ末期では延命治療を断る」ことをはっきり意思表示し、それを医師や家族に伝えるための文書であり、約12万5000人の会員が所持しているが、法制化されていないため登録数はまだ少ない¹⁸。そして、日本人には、人生の終末期の医療に関して本人が意思表示をする（リビング・ウィル）という習慣がほとんどない。また、終末期を医学的に具体的に定義することが困難なので、さまざまな延命治療を差し控えるタイミングを逃すことが多い。一方、家族の権限がとて強く、本人の意思より優先することが多い。以上から、管だらけの終末期医療になりがちである。しかし、多くの人々が求めているのは、管だらけにならない穏やかな最期である¹⁹。

Ⅲ-4.2. 尊厳死の法制化運動

日本尊厳死協会は、2005年に「尊厳死の法制化に関する請願書」を両院に提出し、「尊厳死の法制化に関する要綱骨子案」を同年11月に、さらに「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律要綱（案）」を2007年に発表した。2011年に「尊厳死法制化を考える議員連盟」が立ち上げられ、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」を発表したが、本文は「患者の意思に基づく延命措置の中止等およびこれに係わる免責」を趣旨とするものである²⁰。死に様に関する自己決定権を確立し、本人の意思に基づいて延命措置の中止を容認し、医

師の免責を求めるために尊厳死の法制化運動を続けている²¹。

Ⅳ. オランダの安楽死と尊厳死

Ⅳ-1. 安楽死と尊厳死の歴史

オランダでは、1970年代以降、安楽死に関する刑事法廷による多数の判決をめぐり広く議論がなされてきた。

① ポストマ医師事件 1971年

女医であったポストマ医師が、脳溢血のため半身麻痺状態にあった母親に請われ、二百ミリグラムのモルヒネを注射して安楽死させた⁵。

② スコーンハイム事件 1983年

95歳の障害を持つ女性の生命を彼女の要請に基づいて医師が終結させた。この事件によって、最高裁判所の判決は、要請に基づく生命終結の場合には、医師は、特殊な状況を考慮しつつ、医の倫理規範および専門的意見に従って、衝突している諸々の義務および利益を注意深く衡量すれば、自己の行為が客観的に正当化されることが確認された⁴。

③ アルクマール事件 1984年

95歳の女性は、ホームドクターであったシューンハイム医師に過去数年何回も医学的に生命を絶ってくれるかたずね、書面による積極的安楽死の意思表示をしていた。身体も目に見えて衰弱し、ますます生命を絶つことを強く望み、医師は、息子夫婦と同僚の医師と検討し、この女性に死にたいとの希望を再度確認したうえで、薬剤の投与による積極的安楽死を行った⁶。

④ シャボット事件 1994年

安楽死を望んだ女性は、夫と二人の息子の四人家族であったが、夫の家庭内暴力、長男の自殺、次男の悪性腫瘍での病死と不幸の連続であった。生きがいであった息子を失い、女性は大量の睡眠薬を飲み自殺を図ったが死にきれなかった。そこで担当医に「死なせて欲しい」と要請したが拒否された⁵。その後、彼女はオランダ任意安楽死協会に赴き、そこで、シャボット医師と接触した。手紙や電話による対話、シャボットは彼女との間で4週間の間に4回、合計24時間話し合ったが彼女の自殺への願望は強く、医師はとうとう介助の決意をした²²。同僚の精神科医や開業医、心理学者など7人と相談したところほとんどが彼の意見に同意した。シャボット医師は、女性の自宅で、カスタードクリームに致死量の即効睡眠剤を入れて食べさせた⁵。

Ⅳ-2. 安楽死と尊厳死の現状

オランダ政府は、王立医師会と協力し、1990年安楽死届け出制を開始した。医師は安楽死を行った後、約二十項目の質問に答える報告書を提出する仕組みである。届け出制を敷き、安楽死の実態を透明化することで安易な安楽死の実施に歯止めをかける狙いがある⁵。

1970年代からポストマ女医事件をはじめとする判例の積み重ねと議論を経て、1999年8月6日に安楽死等審査法案が国会に上程され、生命終結に際して医師が「相当の注意」を遵守していれば刑事責任を免除するという特別事由の低形式に向けた審議が始まり、同法は2002年4月1日に施行されることになった²³。上院で可決された本法案では、医師に対し6つの「相当なケア

基準」を要求している。①患者が任意にかつ注意深く考慮された要請を行ったということを確信していなければならない、②患者の苦痛が耐え難く、かつ回復の見込みがないことを確信していなければならない、③患者に本人の現状とこれからの見込みを伝えていなければならない、④患者の状態にかんがみて、患者と共に合理的な代替策がないという結論に達していなければならない、⑤患者を診断し、①及び②に示される基準に関する意見書を提出した中立医の少なくとも一人に意見を求めているなくてはならない、⑥適切な医療処置及び配慮のもとで患者の生命を終焉させること、または自殺幫助していなければならない⁵。「相当なケア基準」を満たした医師によって行われ、医師がその行為を自治体の病理医に通知した場合、処罰は免責できると改正された⁵。

オランダでの安楽死は、2002年は1882件、2003年は1815件だったとオランダ保健省が発表している⁶。2005年には1933件の生命終結の申告を受理し、1765件の申告が安楽死に関係するものであり、143件の申告が自殺幫助に関係し、25件の申告は安楽死と自殺幫助の両方に関係するものであった²³。

Ⅳ-3. 安楽死と尊厳死の問題点

安楽死を合法化しているオランダでは、「滑りやすい坂道 (slippery slope)」つまり、自発的安楽死が有意に増加するのではないかという懸念がある⁴。オランダは、緊急避難の事由により自発的安楽死を無罪としており、同意ある安楽死と同意なき生命の終結事柄としては確かに異なる。緊急避難では、同意は決定的要因ではなく必須事項ではないため、同意がなくても苦痛からの解放を選んだ医師を罪に問うことができない。このオランダの法的状況では、同意なき安楽死も緊急避難の条件が整っている限り認めざるを得ない²⁴。

ここ10年オランダでは、「生きているのに疲れた」等の訴えをも医師による安楽死の対象として認めるべきか否かが議論の対象となっている。いわゆる「実存的苦悩」をも含むさまざまな「耐え難い苦しみ」とそれによる安楽死への対応に関する医師の意見調査がなされている。この「耐え難い苦しみ」の訴えに対しても安楽死が実施されている可能性があるのならば、そして、これが事実であれば、すべりが始まっているといわざるを得なくなり、それは大掛かりな滑りの問題となってしまうことになる²⁴。

Ⅳ-4. 安楽死と尊厳死への取り組み

Ⅳ-4.1. 意思宣言書 (安楽死宣言)

法律は、明示的な要請ができない場合に備え、文書による意思宣言 (いわゆる安楽死宣言) の有効性を承認している。「すでに意思表示できない16歳以上の患者が、その状態に陥る前に、その利害を合理的に判断できたと認められ、かつ、生命終結の要請を意味する文書による宣言を所持している場合、医師はこの要請に応じることができる」(2条2項)。宣言書作成の時点で、宣言の内容ができるだけ患者と医師の間で話し合われていることが必要であり、適切な時点で医師は、文書による要請を承諾するための条件はなんであるかを患者に対して明瞭にすることができる²²。

IV-4.2. 緩和ケア・緩和的鎮静

オランダの安楽死の実践に対して、緩和ケアないし緩和的鎮静が不十分であるために安楽死を安易に行っているという批判があり、この緩和ケアないし緩和的鎮静にも力を入れ、近年ますます利用されている²³。

オランダ王立医師会は、2005年12月に緩和的鎮静のためのガイドラインを出し、このガイドラインにおいては、緩和的鎮静のための適応および諸条件が定式化されている²³。2009年には新たな「緩和的鎮静のためのガイドライン」が公表され、これは基本的には2005年版をベースにしており、このガイドラインでは、緩和的鎮静を「生の最期の段階における患者の意識レベルを漸次的に低下させること」と定義している²³。

IV-4.3. 安楽死パスポートと生命パスポート

オランダには三種類のパスポートがある。一つ目は、海外旅行の出入国時に使う国籍証明のパスポートである。他の二つは、「安楽死パスポート」と「生命のパスポート」であり、いずれも死への旅立ちに使用する。「安楽死パスポート」とは、長時間、昏睡状態に陥った場合、医師に安楽死させて欲しいと意思表示するためのカードである。「生命のパスポート」とは、その逆で、昏睡状態に陥った場合、「絶対に安楽死はいや」と意思表示するためのものである。つまり、この二つのパスポートは、「どう死にたいか」を示すための携帯用のリビング・ウィル（生前意思）の通称であり、取得者は、外出中に事故に遭って意識不明になった時に備え、自動車免許や財布と一緒に携帯する。安楽死パスポートに挟み込まれたリビング・ウィルには、「昏睡状態が数週間続いたり、完全な植物状態になったりした場合、私の希望をかなえるため、致死薬を注射するよう医師に求めます」と書かれ、署名欄がある²⁵。

オランダでは、患者の自発的要請に基づく安楽死が認められているが、実施にあたっては、法律で厳格な要件が課されており、その一つとして、「患者に耐えがたい苦痛がある」ことで、パスポート保持者は、「こういう場合には、『耐え難い』ので安楽死させて欲しい」という項目が選択肢で示されている。例えば、「飲食や排泄などを行うのに他人の世話が必要になった場合」「完全な痴呆に陥った場合」などの項目から希望するものに署名する。この選択肢によって、自分にとって耐え難い苦痛とは何かを具体化し、“その時”に安楽死希望を確実にする目的である²⁵。

V. 日本とオランダの相違

V-1. 死生観のちがい

V-1.1. 日本人の死生観

日本では、「死」を語るということに臆病な風潮がある。祝宴などでは、死に類する語の使用は避けるという風習など、それをよく物語っている。特に戦後の日本では、「人命尊重」が声高に叫ばれ、たとえ1分1秒でも長く存命することが倫理にかないう、死は暗いことであるから考えないようにしていた。生命は尊いという当たり前のことが教育機関で語られることはあっても、死についてはほとんどふれなく、つまり日本では、「死の教育（デス・エデュケーション）」はタブー視されていた²。そして、日本人は「死」を終結点とし、この世こそすべてであると考えて

いる。諸外国で、安楽死や尊厳死についての考え方を検証すると、日本との決定的な違いは、「死は人生の締めくくりではあるが、周囲の者は人格の尊厳にふさわしい臨終のために可能な限りの祝福に満ちた助けを与えなければならない」との認識からスタートしている²。

日本人と他の民族との違いは、現世を肯定してきたことからくる現実容認の度が強く、この世にひとときでもとどまっていたいという思いが死への恐怖と繋がり、「死」を考えることができない体質を持った民族である²。

タブーとされてきた自分の人生最後の時期を語ることは、現代の延命措置の発展がその必要性を引き出しているようである。自分の身体の死を自分の心が見たらどう思うのか、どうして欲しいのか、普段から考え、人間らしい最期を迎えるための意思表示をすることが大事であると考ええる。

V-1.2. オランダ人の死生観

オランダでは、尊厳死という言葉が特別に使われることがなく、通常の医療の中で認められている。それは、オランダでは、ホームドクター制が根付いており、医師と患者・家族との間には親密な信頼関係が存在している。このような関係から患者の要請が安易なものではないこと、一時的な感情によるものではないこと、単なる医療に対する不安からのものではなく、自分の尊厳を守るために決断したものだと判断することができる⁵。

オランダ社会の死に対する基本原則として、「死は生と同じように本人が主役を演じ、演出するのが望ましい」というのが今日のオランダの一般的な考え方であり、さまざまな形の死のそれぞれが「尊厳ある死」として受け止められる。なぜならば、人々は、自分たちが選べる限りの範囲で、自分たちの死の迎え方を選び、医者も家族も現在のオランダの生命倫理が許す限りの範囲でそれを尊重するからである²⁶。愛する人が亡くなることは、まわりの人たちの人生にも大きな影響を及ぼすが、しかし、「愛すればこそ、亡くなる人自身の意思を優先して、まわりの者は脇役に徹するべきである」と、オランダ人は思っている²⁶。

国民の5分の1以上が過去5年の間に、安楽死あるいは緩和的鎮静を身近に体験しており、そして、大部分の人は末期ケアと治療について考えたことがある。さらに、安楽死に対する知識も増し、安楽死審査法の存在をほとんどの人が知っている²⁷。

V-2. 終末期医療のちがい

V-2.1. 日本の終末期医療

本邦では、80%以上の人が病院で死を迎える。自宅では10%台、病院以外のケア施設で5%台である²⁸。そして、本邦において、病院死が在宅死を上回ったのは、1976年（昭和51年）で、それ以来、日本人の死に場所として、病院が在宅を上回った状態が今も続いている¹⁹。一般的に言えば、本邦の医療水準も低いものではないが、終末期医療体制は未整備状態で、ホスピスや緩和ケア病棟はまだ十分ではなく、強化していく必要がある²²。そして、疾病や怪我によってその都度診察してもらう医師が違ふことが多く、付き合いも短く、親密な信頼関係を築くことが難しいため、安楽死・尊厳死の要請に対しての判断が難しい⁵。

V-2.2. オランダの終末期医療

オランダにおける終末期医療体制は比較的整備されている。人口約 1500 万人のオランダでは、一般病院以外に完全看護の末期患者・アルツハイマー症患者収容能力のある完全介護体制のナーシング・ホームが全国に 400 施設あり、ベッド数は合計 55000 床である。保険が使えない人、支払えない人は無料で他の人と全く同じ扱いを受けており、ホスピス施設のほかに、ホームドクター制など在宅医療制度も充実している²²。オランダの医師には「一般医」と「専門医」に大別され、「一般医」をホームドクターと呼んでいる。全オランダ市民は、近くの開業医を自分のホームドクターとして登録し、病気やけがをした際にはまずホームドクターにかかり、ホームドクターでは十分な対応ができない場合には専門医にみてもらう仕組みである。長年同一のホームドクターにかかることによって、医師は患者から強い信頼を受け、患者との関係は非常に親密なものになり、安楽死について相談・要請される。ホームドクターは、患者の状態・性格を熟知し、家族病歴から家族関係、性格をも理解しており、心身両面から診断できる⁵。

VI. おわりに

本邦では、安楽死・尊厳死は認められていない。いまだ病院死が 8 割近くを占め、病院という管理された場所で、患者は「死ぬ」まで治療を受け続けることになる。「治療をすること」が前提の病院において、安楽死・尊厳死は「死」への積極的な働きになるため、患者の「死」を望む意思を尊重する医師はいない。ただし、無駄な延命治療の拒否という意味は伝えることは可能であるが、患者は「死」までの時間を「生き続ける」ことになる²⁷。

安楽死が認められているオランダと比較し、「死」に対する死生観の国民意識、社会背景、文化などといった視点の違いを感じた。日本人は、「死」を語ることに臆病であり、身内の「死」の体験は、核家族化や病院死の増加により減少し、「死」と向かい合う機会が減っている。そして、「治療は医師が決める」という風潮がまだまだ強く、自己決定権に明確なものがない。しかし、オランダ人は、安楽死のような人道的な事柄に興味と関心を持ち、自分の人生の最期は自分で決め、安楽死パスポートを所持し、もしもの時に備えている。このようなことから、日頃から「死」について家族間で話し合うことが大事なのではないか。どのように生きるかを個人として煮詰めていく思考回路を作っていくことが必要なのではないか。それが「どう生きるか」につながっていくと考える。

人間らしい最期、自分らしい最期を迎えるためには、高度に発達した医療技術のどれを受けるかの選択、また多くはそれらへの拒否が必須のように感じる²⁸。医療技術の発達は、高齢化社会において、自然の摂理による死を迎えられず高齢者達を苦しめている。終末期の人工的な栄養補給の延命治療は、延命とは正反対である。高齢者は増え、尊厳ある状態とはいえない状態で生かされている。延命中止は、医療者は逮捕されるため中止はできない。延命中止の合法化は、医療者ではなく国民を中心に進められるべきである。

最近では、本邦でも緩和ケア医療が進み、徐々に緩和ケアを受けることのできる病院や施設が増えてきており、肉体的苦痛や精神的苦痛をセデーション（緩和的鎮静）という方法で解放することができる⁵。終末期医療であるホスピス・緩和ケアが充実されれば、肉体的・精神的苦痛や

死苦に対する不安が軽減され、安心して末期医療を受けることができるのではないだろうか。そこで、自己の尊厳を保ち、穏やかに自分らしく死を迎えることができることを切実に願う。

謝辞

本稿を作成するにあたり、武蔵野大学大学院通信教育部人間学研究科佐藤裕之先生に多大なる御指導を賜りました。ここに深く感謝の意を表します。

注記

- 1) 鳥山貞宣 (1995). 尊厳死の在り方—日本学術会議主催公開講演会における記録—財団法人日本学術協力財団編 日学双書
- 2) 保阪正康 (1993). 安楽死と尊厳死—医療の中の生と死— 講談社
- 3) 武藤眞朗 (2013). 第6章 日本における積極的安楽死 シリーズ生命倫理学編集委員会(編) シリーズ生命倫理学 安楽死・尊厳死 丸善出版
- 4) 甲斐克則 (2013). 第12章 オランダにおける安楽死・尊厳死 シリーズ生命倫理学編集委員会(編) シリーズ生命倫理学 安楽死・尊厳死 丸善出版
- 5) 松原絵海似・山中龍也 (2012). 日本・海外における「死の権利」について—安楽死・尊厳死をどう考えるか— 京府医大看護紀要, 22, 65-73.
- 6) 川本起久子 (2005). 「尊厳ある死」に関する考察 保健科学研究誌, 2, 25-39.
- 7) 谷田憲俊 (2013). 第1章 安楽死・尊厳死をめぐる生命倫理の問題状況 シリーズ生命倫理学編集委員会(編) シリーズ生命倫理学 安楽死・尊厳死 丸善出版
- 8) 佐瀬恵子 (2008). 尊厳死に関する一考察 目白大学人文学研究, 4, 35-52.
- 9) 眞田芳憲 (2006). 安楽死と尊厳死について—尊厳死の法制化をめぐる— 中央学術研究所紀要, 35, 28-45.
- 10) 宮坂和男 (2013). 日本における尊厳死(安楽死)論議の現況 人間環境学研究, 11(15), 91-120.
- 11) 和田努 (2007). 生命を全うする高齢者医療—延命至上主義を超えるもの— 応用老年学, 1(1), 17-24.
- 12) 新井達潤 (2008). 蘇生拒否の指示 日本腹部救急医学会雑誌, 28(5), 669-672.
- 13) 五十子敬子 (2010). 死をめぐる自己決定について—尊厳死・安楽死— 医学哲学医学倫理, 28, 103-108.
- 14) 甲斐克則 (2012). 特集・ICU,CCUにおける臨床倫理入門 終末期医療と臨床倫理 ICUとCCU, 36(9), 651-658.
- 15) 有賀徹 (2013). 第8章 医療現場からみた人工延命措置の差控え・中止 シリーズ生命倫理学編集委員会(編) シリーズ生命倫理学 安楽死・尊厳死 丸善出版
- 16) 片岡健介・谷口博之 (2007). 特集 終末期医療：何をどこまでやるか—われわれはこうしている— 急性呼吸器不全の終末期医療 ICUとCCU, 31(3), 173-181.
- 17) 立山龍彦 (2002). 自己決定権と死ぬ権利 東海大学出版会
- 18) 岩尾總一郎 (2013). 終末期医療とリビング・ウィル 東医大誌, 71(2), 99-100.
- 19) 長尾和宏 (2015). 穏やかな最期を叶えるために 地域ケアリング, 17(6), 6-11.
- 20) 浜渦辰二 (2015). 尊厳死を法制化するとは、何をすることなのか—日本とヨーロッパ3国の比較考察— メタフュシカ, 45, 1-14.
- 21) 岩尾總一郎 (2012). 尊厳死のあり方—リビングウィルの法制化 社会保険旬報, 2509, 16-22.
- 22) 山下邦也 (2006). オランダの安楽死 成文堂
- 23) 甲斐克則 (2014). オランダの安楽死の現状と課題 理想, 692, 18-29.
- 24) 飯田亘之 (2014). 特集 終末期の意思決定—死の質の良さを求めて— 安楽死合法化とすべり坂の問題 理想, 692, 123-135
- 25) 三井美奈 (2003). 安楽死のできる国 新潮社

- 26) 宮野彬（1997）. オランダの安楽死政策—カナダとの比較— 成文堂
- 27) 牧田満知子・長山さき（2012）. 「安楽死」の概念をめぐる比較文化論 日本とオランダの医療文化における「死生観」を手がかりとして 兵庫大学論集, 17, 109-119.
- 28) 萬知子・巖康秀・窪田靖志・下島裕美・Robert Hugo Richardson・蒲生忍（2009）. 米国の緩和医療と終末期選択—オレゴン健康科学大学 Richardson 博士の講演記録— 杏林医誌, 39(3・4), 49-60.